



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학 석사 학위논문

아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인

내적자산, 가족자원, 지역사회자원을 중심으로

Factors Associated with Resilience of Korean
Child and Adolescent with Chronic Disease

2017 년 6월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

이 고 은

아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인

내적자산, 가족자원, 지역사회자원을 중심으로

지도 교수 김 창 엽

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함
2017년 6월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 고 은

이고은의 보건학 석사 학위논문을 인준함
2017년 8월

위 원 장 유 승 현 (인)

부위원장 조 성 일 (인)

위 원 김 창 엽 (인)

초 록

연구배경과 목적

전 세계적으로 아동청소년 만성질환자가 증가하면서 질환에 대한 부담이 증가하고 있다. 아동청소년 시기는 성인이 되기 전 발달과 성숙을 거치는 중요한 기간이며 과도기로서 심리적 불안정과 신체적 변화를 급격히 경험 하고 질병을 가진 아동청소년에게는 그 영향이 더욱 심각하다. 실제 아동청소년기의 만성질환의 위험요인은 전 연령에 걸쳐서 축적되고, 이 시기의 건강하지 못한 상태는 지속되며 성인기의 질환과 연관된다. 아동청소년에게 발병율이 높은 만성질환은 생명에 지장이 없어서 다른 질환에 비해 과소평가가 되고 쉽게 치료가 되지 않아서 부담이 높은 질병이다. 따라서 본 연구는 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 요인을 확인하고, 이를 통해 아동청소년 만성질환자의 건강을 증진시킬 수 있는 방안을 제안하고자 한다.

연구방법

본 연구는 2014년도 ‘한국아동·청소년패널조사(Korean Children & Youth Panel Survey; 이하 “KCYPS”)’ 제4차 초4패널을 활용하여 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향을 분석하였다.

독립변수는 내적자산에 해당하는 자아존중감, 가족자원에 해당하는 긍정적 양육방식, 지역사회자원에 해당하는 또래애착 · 교사관계로 선행연구를 바탕으로 선정하였다. 종속변수는 탄력성으로 보았다.

아동청소년의 일반적 특성, 자산과 자원(자아존중감, 긍정적 양육방식, 또래애착, 교사관계)을 파악하기 위해 기술통계를 분석하였다. 일반적 특성에 따른 탄력성을 보기 위하여 t-test와 ANOVA를 실시하고, Scheffe($\alpha=0.1$)의 사후검증을 실시하였다. 독립변수 간의

다중공산성을 확인하기 위해 단순상관분석을 하였으며, 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향을 살펴보기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 통계 패키지는 SAS 9.4를 사용하였다.

연구결과

아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 일반적 변수를 통제하여도 탄력성은 자아존중감, 부모의 긍정적 양육방식, 또래애착, 교사관계에 직접적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉, 탄력성이 아동청소년 만성질환자의 내적자산과 외적자원에 해당하는 다양한 영역에서 영향을 미친다는 것을 의미한다. 구체적인 결과로 자아존중감이 높고, 긍정적 양육을 받고, 또래애착과와 교사관계가 좋을수록 탄력성이 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과는 아동청소년 만성질환자들에게 탄력성을 높이기 위해서는 아동청소년 본인 뿐만이 아니라 부모, 친구, 선생님도 같이 프로그램에 참여할 수 있는 방안을 마련함을 이 연구는 담고 있다.

주요어 : 아동청소년, 만성질환, 탄력성, 자아존중감, 양육방식, 또래애착, 교사관계

학 번 : 2015-24039

목 차

제 1 장 서 론	2
제 1 절 연구의 배경	2
제 2 절 연구의 목적	8
제 3 절 연구의 가설	8
제 2 장 이론적 배경	9
제 1 절 탄력성이란	9
제 2 절 아동청소년 만성질환과 탄력성, 그리고 건강	14
제 3 절 기존연구와의 차이점	19
제 3 장 연구방법	20
제 1 절 연구대상	20
제 2 절 변수의 정의와 측정	23
제 3 절 분석방법	35
제 4 절 연구의 모형	35

제 4 장 연구결과	37
제 1 절 아동청소년의 일반적 특성, 자산·자원특성	37
제 2 절 아동청소년의 탄력성	39
제 3 절 아동청소년의 탄력성에 미치는 영향	41
제 5 장 논 의	47
제 1 절 연구방법에 대한 고찰	47
제 2 절 연구결과에 대한 고찰	49
제 3 절 연구의 제한점	52
제 4 절 결론	53
참고문헌	54
Abstract	65

표 목 차

표 1. 탄력성에 영향을 미치는 요인에 대한 선행연구 지표.....	7
표 2. 독립변수.....	27
표 3. 종속변수.....	28
표 4. 탄력성의 분포b.....	29
표 5. 통제변수.....	34
표 6. 아동청소년 만성질환자의 일반적 특성.....	38
표 7. 일반적특성, 내적자산, 가족자원, 지역사회자원에 따른 탄력성.....	40
표 8. 독립변수 간의 상관관계.....	42
표 9. 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향.....	46
표 10. 아동청소년관련 법률상 연령 범위.....	50

그림 목 차

그림 1. 전생애주기적 만성병의 축적된 위험요인a.....	5
그림 2. 전생애주기적 만성병의 축적된 위험요인b.....	5
그림 3. 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인 a....	18
그림 4. 연구대상자 선정 모형.....	22
그림 5. 탄력성의 분포a.....	29
그림 6. 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인 b....	36
그림 7. 연구모형.....	36

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 배경

1. 아동청소년기 만성질환에 대한 부담 증가

2011년 UN은 전세계 만성질환으로 인한 사망자는 전체의 약 63%이고 향후 10년간 15%이상 증가하고, 2030년에는 만성질환자의 사망이 전염병에 의한 사망보다 5배가 될 것이라는 예측을 했다. 이에 UN와 WHO는 공동주최로 총회 고위급 회의¹가 개최하였다(United Nations, 2011). 회의 의제 중에는 아동청소년 만성질환에 대한 심각성도 있었다. 아동청소년기는 성인이 되기 전 발달과 성숙을 거치는 중요한 기간이며 과도기로서 심리적 불안정과 신체적 변화를 급격히 경험(Romeo, 2015; Spear, 2000)하고 질병을 가진 아동청소년의 성인기 영향은 더욱 심각하다(최은석, 2005). 아동청소년기는 성인기보다 신체발달과 면역이 완성된 상태가 아니며 여러가지 변화가 진행되므로 만성질환 위험요인에

¹ 2011년 9월 19일~20일 미국 뉴욕 UN본부에서 ‘만성질환의 예방 및 관리’라는 의제로 회의가 개최되었다.

취약하고, 생애주기적으로 더 영향을 받는다(The NCD Alliance, 2011). 실제 아동청소년기의 만성질환 위험요인은 전 생애동안 축적되고(World Health Organization, 2001)<그림1>, 건강하지 못한 상태는 지속되며 성인기 만성질환²과 연관된다 (Hanson & Gluckman, 2014) <그림2>.

한국도 아동청소년 만성질환자 수가 증가하고 있는데, 주요 알레르기 3대 질환인 비염, 천식, 아토피 피부염에 대한 건강보험 지급자료 분석결과는 다음과 같다. 2015년 주요 알레르기 진료인원 중 19세 이하는 비염 38.9%, 천식 39.2%, 아토피 61.3%를 차지한다. 2010년대비 2015년 1인당 진료비 증가율은 비염 14.4%, 천식 6.5%, 아토피 23.2%이다. 이를 통해 알레르기 3대 질환은 19세 미만이 평균 46.5%를 차지하며 2010년에서 2015년 사이에는 1인당 진료비가 매년 증가하는 것을 알 수 있다. 다만, 만성질환의 유병률 범위는 의학적 진단과 기능 장애, 두가지 정의에 따라 0.22%에서 44%까지 달라지므로(Zylke & Deangelis, 2007) 진단으로만 정의하지 않는다. 더욱이 아동청소년에게 발병율이 높은 만성질환은 생명에 지장이 없어서 다른 질환에 비해 과소평가가 되고 쉽게 치료가 되지 않아서 부담이 높다. 만성질환을 가진 아동청소년은 건강한 아동청소년에 비해 사회적 관계, 학업성취, 정서에 부정적인 영향을 받기(이보람, 박혜준, & 이강이, 2013)때문에 이 시기를

² 심혈관질환, 비만, 당뇨, 동맥경화

잘 극복하는 것은 중요하다.

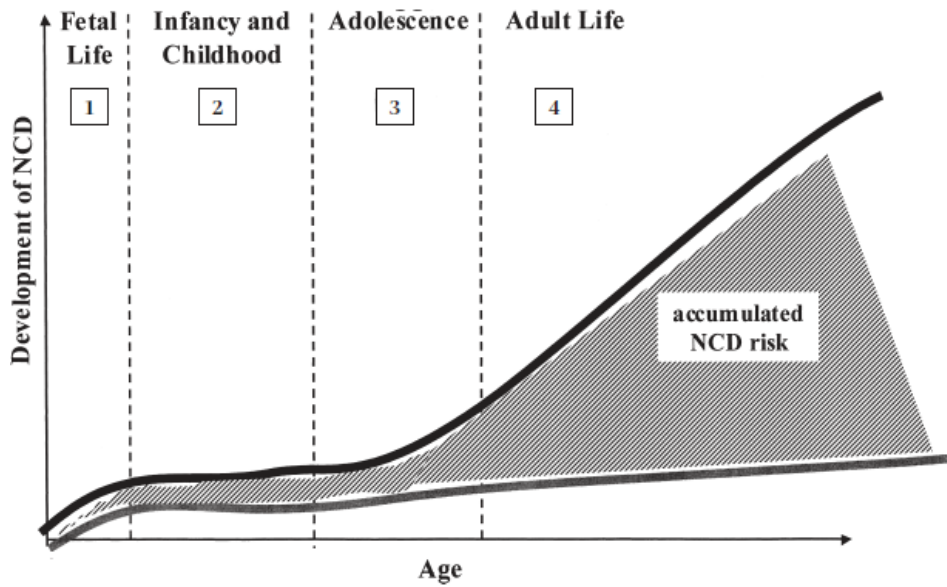


그림 1. 전생애주기적 만성병의 축적된 위험요인a

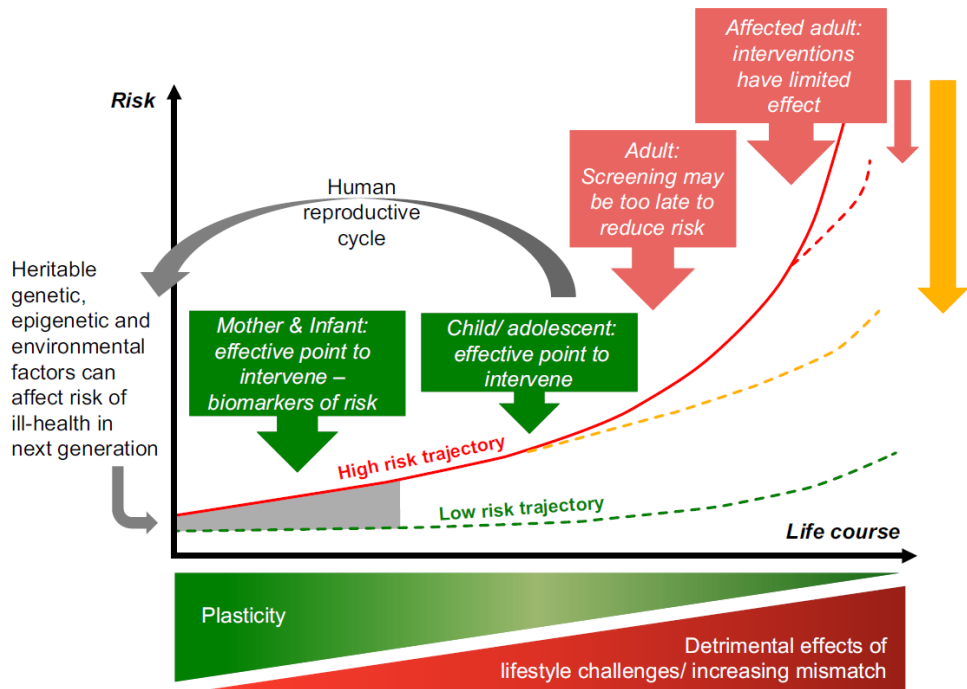


그림 2. 전생애주기적 만성병의 축적된 위험요인b

2. 아동청소년 만성질환자와 탄력성

만성질환은 아동청소년기에 발달에 어려움을 준다. 하지만 극복하는 과정은 개인마다 다르고, 오히려 어려움을 받아들이고 성공적으로 발달하는(Murphy & Moriarty, 1976), 탄력성이 높은 경우도 있다.

탄력성(Resilience)은 정적인 특성이 아니라 주변환경과 상호작용을 통해 이루어지므로 개인의 특성으로 국한시킬 수 없다(Suniya S Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). 탄력성은 개인에게 내재된 ‘자산 asset’ 과 개인이 아닌 외부적 영향을 받는 사회적 환경³인 ‘자원 resource’에 영향을 받는다(Fergus & Zimmerman, 2005). 아동청소년에게 영향을 많이 미치는 사람은 가족, 친구, 교사이다(A. S. Masten & Coatsworth, 1998). 선행연구를 통해서 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 자산과 자원에 해당하는 지표를 정리하면 <표 1>와 같다(Li, Chi, Sherr, Cluver, & Stanton, 2015; A. S. Masten, 2011; Zolkoski & Bullock, 2012).

이에 본 연구는 아동청소년 만성질환자들에게 어떤 요인이 주변 역경에도 불구하고 환경에 유연하게 대처할 수 있는지를 살펴보고자 한다.

³ 여기서의 사회적 환경은 아동청소년의 건강과 발달에 영향을 주는 환경이다.

표 1. 탄력성에 영향을 미치는 요인에 대한 선행연구 지표

변수	변수설명	선행연구 지표
본인 (내적자산)	상황에 적응하고 대응하며 도움을 청하고 스트레스를 관리를 통하여 행동과 감정적 통제로 역경을 이겨낼 수 있도록 도와준다.	Cognitive capacity
		Motivation to adapt
		Coping skills
		Religion/spirituality
		Personality
가족 (자원)	초창기 탄력성에 대한 연구에서 거의 모든 논문이 가족관계가 탄력성과 중요한 관련이 있다는 것을 나왔을 만큼 아동청소년에게 가족의 영향은 매우 크다. 가족은 아동청소년의 각 발달단계에서 매우 중요하며, 양육방식에 따라 부정적인 요인으로부터 아동청소년을 보호할 수 있다.	Self-esteem
		Smooth transition
		Functional caregivers
		Attachment relationships
		Parenting discipline
지역사회 (자원)	탄력성에 영향을 미치는 사회적 요인으로 친구, 교사, 다른 지역사회의 멘토가 있다. 즉, 가족이 아닌 구성원도 아동청소년의 탄력성에 중요한 영향을 미친다.	Teacher support
		Peer support
		Other adult mentors
		Effective school
		Supportive community

제 2 절 연구의 목적

본 연구의 목적은 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 요인을 확인하고, 이를 통해 아동청소년 만성질환자의 건강을 증진시킬 수 있는 방안을 제안한다.

제 3 절 연구의 가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

아동청소년 만성질환자의 자산과 자원은 탄력성에 영향을 미친다.

- (1) 내적자산이 높을수록 탄력성이 높을 것이다.
- (2) 가족자원이 높을수록 탄력성이 높을 것이다.
- (3) 지역사회자원이 높을수록 탄력성이 높을 것이다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 탄력성이란

1. 탄력성의 등장과 역사적배경

탄력성은 1970년대 행동과학과 의학의 발달에서 시작하였다. 연구초기에는 탄력성과 관련된 인간의 발달, 예방증진을 위한 중요한 이해, 정신병리학의 회복에 관한 주제는 철저히 외면 받았다. 그러나 2010년 전후로 변화를 겪으면서 탄력성에 대한 관심을 점차 가지게 되었다. 첫번째 변화는 당시 과학자들은 위험요인이 많은 아동청소년들이 정신병리적 진단을 받을 확률을 높인다는 것을 인지하고, 정신병리학 발달과 예방에 대해 이해하고 싶어하기 시작했다. 두번째 변화는 탄력성에 긍정적 영향을 미치는 과정과 제도를 통하여 탄력성에 집중하기 시작했다. 세번째 변화는 아동청소년이 직면하는 어려움들을 예방·중재·정책을 통해서 탄력성을 기반으로 한 복지제도가 절박하게 필요하다는 것을 깨닫기 시작하면서였다(Zolkoski & Bullock, 2012).

아동청소년에 관한 탄력성의 연구는 1976년 Murphy와 Moriarty가

초기였다. 1954년 정상군 2~5세 128명을 대상으로 18년간 종단연구(Longitudinal Study)를 통해, 1976년 ‘대응프로젝트(The Coping Project)’를 발표했다. 이 프로젝트는 초기 128명에서 최종적으로 32명의 아동청소년을 대상으로 영유아기, 학령기, 사춘기, 후기 청소년기를 지속적으로 관찰하였다. 이들이 어려움이 있을 때 어떻게 대응하는지를 장기간 보면서 탄력성에 대한 연구가 발전하였다(Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005).

2. 탄력성의 개념과 특징

똑같은 역경이 있어도 그것을 기회로 만들어서 이전보다 잘 극복하는 사람, 이전과 같은 정도로 극복하는 사람, 이전보다 안 좋은 상황으로 극복하는 사람이 있다(A. Masten & Obradovic, 2008; Sturgeon & Zautra, 2010). 이와 같이 탄력성은 개인에게 위협요인이 있어도 그것이 꼭 심리적 질환을 야기하지 않는다는 점에서 착안하여 접근하게 되었다. 아동청소년의 탄력성에 대해 1)잘 적응하는 집단 well-adjusted(두가지 지수가 낮은 집단), 2)탄력적인 집단 resilient(스트레스가 높고, 우울증상이 낮은 집단), 3)취약한 집단 vulnerable(두 지수가 높은 집단), 4)적응하지 못한 집단 non-adjusted(스트레스가 낮고, 우울증상이 높은

집단)으로 나누어서 한 연구⁴가 있다(Herman-Stahl & Petersen, 1996). 이 연구에서 Herman-Stahl와 Petersen은 잘 적응하는 집단이 다른 3집단보다 낙관적이며, 상황에 잘 대응하고, 부모와 또래들과 긍정적인 관계를 맺는 것을 발견했다. 탄력적인 집단은 취약한 집단보다 점수가 높게 나왔는데, 이는 가족과의 관계가 힘들어도 탄력적 집단에 있는 아동청소년은 정상적인 발달을 할 수 있다는 중요한 점을 시사한다. 이 연구의 연장으로 우울과 반복적인 스트레스가 있는 아동청소년을 1)잘 적응하는 집단 well-adjusted, 2)탄력적인 집단 resilient, 3)취약한 집단 vulnerable으로 나누고 내적·외적요인⁵ 중에서 어떤 요인들이 탄력성에 긍정적 영향을 미치는지 알아보는 연구도 진행되었다(Dumont & Provost, 1999). 결과는 자아존중감은 잘 적응하는 집단이, 반사회적·불법적 활동은 취약집단이, 문제해결능력은 탄력적인 집단이 가장 높게 나왔다. 여기서, 자아존중감은 아동청소년이 일상에서 겪는 부정적 사건에 영향을 미치는 것을 막아주는 가장 기본적인 요인이고, 문제해결능력은 아동청소년들이 지나치게 스트레스를 받거나 우울해지는 것을 피하도록 도와주는 것을 알 수 있다. 특히 아동청소년들에게 긍정적 또래관계와 부정적 또래관계가 어떻게 다른지를 명확히 보여주는 연구였다.

⁴ 집단을 나누는 기준은 우울증상과 인생에서 부정적인 사건의 횟수를 바탕으로 지수를 구하여서 진행하였다.

⁵ 내적요인에 해당하는 것은 자아존중감과 대응력, 외적요인은 사회적 지지와 사회적 활동으로 보았다. 사회적 활동에는 반사회적과 불법적인 행동들도 포함하여 연구하였다.

앞서 내용들을 바탕으로 탄력성은 아동청소년기에 부정적 사건을 극복하고 결과적으로 정상적 회복이 될 수 있는지를 보여준다. 탄력성은 아동청소년기뿐 아니라 성인기, 노년기를 포함한 전생애주기적으로 중요하다. 하지만 자아가 형성되고 삶에 대한 태도가 결정되는 아동청소년기에 만성질환을 가지고 있으면 탄력성은 무엇보다 중요하다는 것을 알 수 있다. 탄력성에 대한 많은 정의들의 공통점은 개인에게 어려움이 있을 때 부정적 위험요인들을 피하고, 상황에 성공적으로 대응하며 긍정적 결과를 도출하는 것이다(Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Suniya S. Luthar & Cicchetti, 2000). Resilience는 다양한 정의와 함께 탄력성, 회복탄력성, 회복성, 극복력, 복원력으로 다양하게 번역되었다. 그 중에서 이번 논문에서는 공통적으로 많이 쓰인 ‘탄력성’을 사용하였다.

탄력성은 다음 사항을 다 포함하는 개념이다. 첫번째는 회복 recovery이다(Zautra, Arewasikporn, & Davis, 2010; Zolkoski & Bullock, 2012). 주요한 역경이 와도 기본적인 항상성을 유지하는 것이다. 두번째는 지속가능성 sustainability이다. 역경이 있는 순간에도 꾸준히 능력을 증진하고, 방해를 받아도 기능을 유지하는 것이다. 세번째는 성장 growth이다. 기존에 가지고 있던 기능을 넘어서 적응을 향상시키는 것을 말한다. 따라서, 위의 세가지를 종합해 보면 탄력성은 어떠한 상황에서도

기능을 유지하고 증진하는 것이라 요약할 수 있다.

탄력성이 성립하기 위해서는 위한 중요한 조건이 있다(A. S. Masten, Best, & Garmezy, 1990; A. S. Masten & Coatsworth, 1998). 첫번째는 역경이 개인의 발달에 심각한 위협이어야 한다. 두번째는 과거의 위험요인이나 역경이 정상적인 발달에 반드시 영향을 주어야 한다. 즉, 역경에 대해 개인이 인식할 수 있어야 한다. 위의 두 조건을 보았을 때, 만성질환은 아동청소년기에 심각한 위협이며 정상적인 발달에 영향을 많이 미치므로 탄력성을 적용할 수 있다.

제 2 절 아동청소년 만성질환과 탄력성, 그리고 건강

1. 아동청소년 만성질환과 탄력성

만성질환은 건강하지 못한 상태가 오랫동안 지속이 되어서 생활의 생산성이 낮아지고, 남아있는 부작용이 다른 병리적 현상을 동반하며, 재발을 필요로 하는 질병(World Health Organization, 2005)으로, 만성질환자에게 부담을 안겨준다. 아동청소년에게 만성질환은 우울증과 불안과 같은 신경정신학적 질환도 포함한다 (Edward, 2013). 그렇기 때문에 만성질환자는 질병을 자기관리하는 것이 건강증진을 위해 그 무엇보다 중요하다. 여기서, 자기관리 self-management는 사람과 상호작용을 하며 개인, 가족, 지역사회, 건강체계 속에서 하는 관리를 의미한다(Lansing & Berg, 2014). 만성질환이 신체적 건강상태와 기능에 부정적 영향을 주고, 질병으로 인한 사회 심리적 후유증을 자기관리를 통해 최소화하며(Clark et al., 1991), 만성질환자의 돌봄자 부담과 의료비용을 줄일 수 있다(Henry & Schor, 2015). 만성질환자는 자기관리 지지 self-management support(SMS)를 통해 자신이 영향을 받는 개인적·사회적·문화적 영역에서 의료전문가, 돌봄자, 보건체계와 같이 만성질환 관리를 하게 된다 (Lawn & Schoo, 2010). 아동청소년에게 탄력성은 자기관리 행동을 결정하는 요인 중 긍정적 요인을 강화하여

만성질환 증재에 적극적이고 집중적으로 참여할 수 있도록 도모한다(Cal, Sá, Glustak, & Santiago, 2015).

아동청소년기에서 만성질환은 학교생활을 신체적·정신적·감정적으로 어렵게 하고(Van Cleave, Gortmaker, & Perrin, 2010), 스트레스가 높아지게 한다(Juster, McEwen, & Lupien, 2010; Marin, Chen, Munch, & Miller, 2009). 이로 인해 아동청소년의 미래 삶이 영향을 받으므로(Compas, Jaser, Dunn, & Rodriguez, 2012) 잘 대응해서 극복하는 것, 즉 높은 탄력성을 형성하는 것이 중요하다. Compas(2012)는 아동청소년이 당뇨를 가지고 있는 경우 적극적인 대응을 할수록 삶의 질(Quality of Life, 이하 QOL)이 높아지고, 만성통증이 있는 경우 적극적인 대응을 하면 증상에 대한 불안과 우울을 적게 경험하며, 암환자인 경우 적극적인 대응을 하면 불안과 우울증상이 줄어들며 질병에 더 잘 적응하게 된다고 하였다. 아동청소년기에 만성질환은 그들에게만 국한되는 것이 아니라 가족에게도 영향을 미친다(Barlow & Ellard, 2006). 가족의 불안이 증가하고 감정이 격해지면서 사회기능에 부정적인 영향을 미친다(Bellin & Kovacs, 2006; Gannoni & Shute, 2010). 탄력성은 만성질환이 있는 아동청소년들에게 미칠 수 있는 요인들이 어떤 것이 있고, 어떻게 발달되는지를 알 수 있는 지표이다.

2. 탄력성과 건강

건강은 질병과 손상이 없을 뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태(World Health Organization, 1948)이다. 이를 바탕으로 탄력성에 영향을 미치는 내적자산과 외적자원이 모두 건강해야 건강하다고 할 수 있다. 이러한 측면에서 탄력성과 건강과의 관계를 살펴보면 다음과 같다. 신체적 건강, 적응, 웰빙은 탄력성이 높을수록 증진된다(DeMichelis & Ferrari, 2016). 구체적으로 탄력성은 투약적응, 건강상태를 관리하여 질병이 심각하게 진행되는 것을 막아주고, 삶의 질을 높이면서, 각 발달단계가 잘 이루어질 수 있도록 재정비를 도와준다. Broaden-and-Build theory에 따르면 탄력성이 높으면 긍정적 사고와 경험을 더 많이 하고, 건강에 도움이 되는 중요한 역할을 한다고 하였다(Barbara L. Fredrickson, 1998). 탄력성은 불안과 우울에 음의 관계를 가진다(Bitsika, Sharpley, & Peters, 2010). 탄력성이 높을수록 인지능력과 심리적 안정감을 갖추고, 긍정적 정서로 스트레스를 효율적으로(Jang, 2001; Tugade, Fredrickson, & Feldman Barrett, 2004)조절한다. 탄력성이 높으면 갈등이 완화되고 스트레스의 대처능력이 증가하여 대인관계가 완만한 것으로 나타났다(최혜정 & 이명선, 2013). 심혈관계가 있는 사람 중 탄력성이 높으면 더 빨리 회복하였고(Barbara L.

Fredrickson, 1998; Barbara L. Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000), 심혈관계 유병률이 낮았다(Kubzansky, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001). 앞서 선행연구들을 바탕으로 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인을 정리해보면 <그림 3>과 같다.

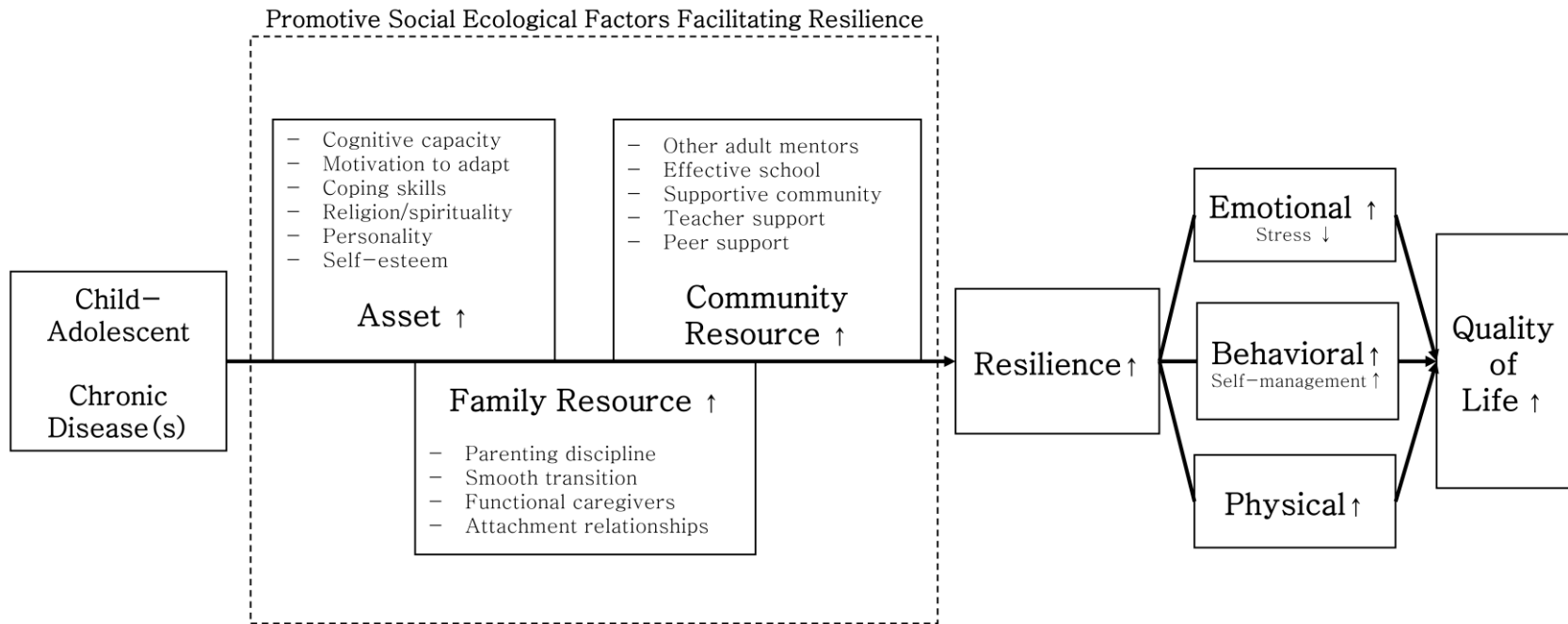


그림 3. 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인 a

제 3 절 기존연구와의 차이점

탄력성에 대한 기존 연구는 크게 세가지 측면에서 진행되어 왔다. 첫째, 연구 초기는 아동청소년 아동학대, 부모의 정신적 이상, 약물 오남용, 빈곤에 대한 탄력성으로 보았다. 이에 대한 결과는 아동청소년의 정신건강, 학교 수행도, 사회적 태도, 인지발달로 보았다(Schetter & Dolbier, 2011). 둘째, 질병위주의 탄력성 연구가 진행되었다. 암, 류마티스, 신질환, 아토피처럼 만성질환자를 대상으로 연구를 진행하였고(Cal et al., 2015; Chamlin & Chren, 2010; 권세원, 이해현, & 송인한, 2012), 암 환자인 아동청소년을 대상으로 Resilience in Illness Model(RIM)이 만들어 지기도 했다(E. J. Haase, Kintner, Monahan, & Robb, 2014; J. E. Haase et al., 2016). 이를 통해, 탄력성에 영향을 많이 주는 자아존중감, 질병에 대한 인지, 미래에 대한 긍정적 생각이 있는지를 보았다. 특히나 삶에 위협이 되는 질병은 생존율이나 QOL로 결과를 보았다. 셋째, 정신적 트라우마에 대한 반응이다. 허리케인과 지진과 같은 자연재해나 미국의 9·11과 같은 인위적 재해가 일어난 뒤 ‘외상 후 스트레스 장애 Post-Traumatic Stress Disorder’를 잘 극복했는지 연구했다(Schetter & Dolbier, 2011).

본 연구는 일상생활을 하는 아동청소년 만성질환자들을 대상으로 탄력성에 미치는 영향을 분석하고자 하는데 선행연구와 차이를 갖는다.

제 3 장 연구방법

제 1 절 연구대상

본 연구는 2014년도 ‘한국아동·청소년패널조사(Korean Children & Youth Panel Survey; 이하 “KCYPs”)’ 제4차 초4패널을 활용하여 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향을 분석하였다. KCYPs는 한국청소년패널조사(2003~2008년)의 후속 연구로서, 아동청소년 성장과 발달을 장기간 파악하는 것을 목적으로 한다. 조사⁶는 2010년에서 2016년까지 7년동안 매년 추적조사를 한다.

표본추출 과정은 2010년 기준 전국의 초등학교 1학년, 4학년, 중학교 1학년 재학생을 모집단으로 16개 광역시·도의 초1, 초4, 중1의 학생 수에 비례하여 지역별 표본 수 할당, 조사대상 학교 수는 한 학교 당 한 학급당 학급 학생 전원을 조사하는 다층화집락표집 방식이다. 표본학교 추출은 학교별 특성⁷에 따라 무작위로 표본학급 선정하고, 협조요청 공문으로 학교를 정하고, 학교가 거절하면 인근 학교로 바꾼다. KCYPs의

⁶ 표집된 3개 패널 총 7,071명의 청소년을 대상으로 실시한다.

⁷ 해당 학년의 학급 수와 학급별 학생 수에 대한 정보를 확인한다.

조사표는 아동청소년용과 보호자용이 있다. 조사할 때 대사자에게 직접 질의응답이 원칙이지만, 연령 특성상 정확하게 응답하기 어려운 문항과 부모의 직업, 소득 등 구체적인 정보가 필요한 문항은 보호자 조사표에 반영하였다. 그러나, 조사 차수가 거듭되어 아동청소년이 직접응답을 할 수 있는 연령대에 도달하면 아동청소년 조사문항으로 전환하여 직접응답의 비율을 높이는 것을 원칙으로 하였다. 문항별 조사주기는 문항마다 다르게 설정하였다. 시간의 영향을 많이 받는 항목은 매년 조사하고, 상대적으로 시간의 영향을 적게 받는 항목은 2년 또는 3년 주기로 하였다.

본 연구의 최종 분석 대상은 KCYPS의 초4 패널 2014년도 제4차 자료로 결측치를 포함한 총 2,378명 중 조건에 맞는 만성질환을 가지고 있는 273명으로 최종분석 하였다<그림 4>.

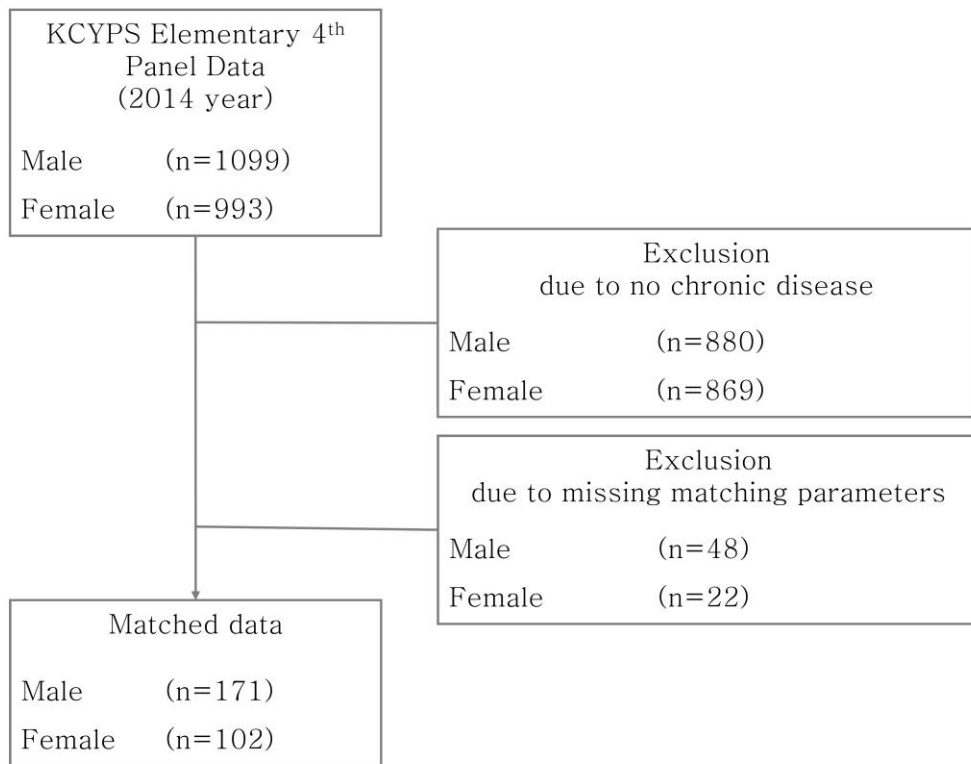


그림 4. 연구대상자 선정 모형

제 2 절 변수의 정의와 측정

1. 독립변수 정의와 측정

(1) 내적자산

내적자산에 속하는 독립변수는 자아존중감이다. 자아존중감은 자아 self에 대한 개인의 긍정적과 부정적 부분을 아우르는 전반적인 평가를 말한다 (Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995). 자아존중감은 크게 본인에 대한 자기평가와 타인이 본인에 대해 내린 평가를 느끼거나 자각하는 것으로 나누어 생각해 볼 수 있다(Gecas & Schwalbe, 1983; Harter, 1990). 자아존중감이 높을수록 건강한 심리사회적 발달을 하고, 대인관계가 원만하고 능동적이며, 성취동기 수준이 높다. 반면 자아존중감이 낮을수록 심리사회적 부적응의 가능성이 높고, 폭력과 우울의 모습을 보이며, 약물남용과 자살과 높은 상관관계가 있다(정득 & 이종석, 2015; 탁영란 & 이은영, 2004). 선행연구에서 내적자산을 나타내는 것은 자아존중감 이외에도 다른 지표가 있지만, 현재 자료에서 쓸 수 있는 요인은 자아존중감이다. 대부분의 선행연구에서 자아존중감은 탄력성에 영향을 미치는 대표적이면서도 중요한 요인으로

내적자산을 나타낼 수 있다. 하지만 내적자산을 나타내는 기존 선행연구에 여러 지표가 있는 만큼 자아존중감만 설명하는 것은 이번 연구의 한계라 여겨진다.

KCYPS는 자아존중감 측정을 Rosenberg 척도 (Rosenberg, 1965)로 했다. 문항구성은 긍정적과 부정적 평가 정도가 각각 5개씩 총 10문항이다. 원래 도구에서는 문항당 최소값은 0, 최대값은 3이므로 패널자료도 이에 맞게 점수를 변환하였다. 점수 산출은 긍정적 문항과 역코딩한 부정적 문항의 합을 구하였다. 산출한 점수가 높을수록 자아존중감도 높다.

(2) 가족자원

가족자원에 속하는 독립변수는 긍정적 양육방식이다. 보호자가 자녀를 효율적으로 양육하는 방법은 시기마다 다르다. 아동청소년의 보호자들은 대부분 부모이고, 이들의 중년인 시기이다. 아동청소년기는 급격한 변화로 민감하고 변화가 많은 기간이지만, 중년인 부모들도 매우 혼란스럽고 스트레스가 많은 시기(Carlson, 2011)로 샌드위치 Sandwich시기라고도 한다(Bornstein, 2002). 따라서 아동청소년과 부모 모두 이 시기를 잘 보내는 것이 전생애적 관점에서 중요하다. 실제 본 연구의 아동청소년 만성질환자 보호자 연령대를 살펴보면 아버지는

48.78세, 어머니는 45.95세 였다.

양육방식은 크게 긍정적, 부정적으로 나뉘고 세부적으로는 권위형, 독재형, 허용형, 방임형으로 나뉜다(Baumrind, 1971; Kopko, 2007). 권위형 Authoritative은 따뜻하지만 자녀양육에 확고한 기준이 있는 양육방식이다. 부모가 자녀에게 합리적인 이유를 명확하게 제시하고 자율성을 중시한다. 독재형 Authoritarian은 조금 따뜻하고 자녀를 많이 통제하는 양육방식이다. 자녀를 확고하게 통제하고 처벌하며 부모에게 순종하도록 한다. 허용형 Permissive은 매우 따뜻하고 자녀에게 요구를 하지 않는 양육방식이다. 자녀가 원하는대로 하고 부모가 수동적인 양육방식을 가지고 있다. 방임형 Uninvolved은 따뜻하지 않고 자녀들에게 어떠한 요구도 하지 않는 양육방식이다. 자녀들과 상호작용을 최소화하며 자녀가 필요로 하는 것에 무관심하다. 과거 양육방식에 대한 연구는 긍정적 부정적 부분을 함께 연구했지만 각 양육태도의 고유특성과 영향을 미치는 요인이 달라서 긍정적 부분을 따로 연구하였다(손보영, 김수정, 박지아, & 김양희, 2012). 본 연구에도 전체적인 양육방식보다 긍정적 양육방식을 통해서 탄력성에 어떻게 영향을 미치는지 보고자 한다.

KCYPS에서 사용한 부모의 양육방식 측정도구는 감독, 애정, 비밀관성, 과잉기대, 과잉간섭, 합리적 설명, 방임, 학대로 8가지 요인으로 구성되어 있다(허묘연, 2000). 본 연구에서는 긍정적 양육방식인 감독,

애정, 합리적설명 3가지에 대한 역코딩 후 평균을 구하여 산출하였다.

(3) 지역사회자원

지역사회자원에 속하는 독립변수는 또래애착과 교사관계이다. 또래애착에서 또래는 연령대와 성장발달이 비슷한 대상을 의미하며, 애착은 가장 기본적인 다른 사람과 관계로 아동청소년의 대인관계를 설명한다(김은경, 김홍숙, & 김순규, 2013; 노보람, 박새롬, 이순형, & 박혜준, 2016). KCYPS는 1987년 제작한 또래애착 척도(IPPA)를 재구성한 도구를 사용하였다 (Armsden & Greenberg, 1987). 의사소통, 신뢰, 소외 3가지로 구성되어 있다. 또래애착은 의사소통과 신뢰 수준이 높을수록, 소외 수준이 낮을수록 높은 것을 의미한다.

아동청소년이 인식하는 교사와의 관계는 사회적발달과 학업과 높은 관련이 있는데, 교사와의 관계가 높을수록 학업적 성취가 높은 비례관계인 것을 알 수 있다(최진아, 2014). KCYPS는 기존에 학교생활적응척도의 문항(민병수, 1991; 정화실, 2009)을 수정·보완을 하였고 역코딩을 실시하였다. 점수가 높을수록 교사관계도 높은 것을 의미한다.

독립변수의 지표와 측정방법을 정리한 내용은 <표 2>과 같다.

표 2. 독립변수

독립변수	지표	측정방법	척도
내적자산	자아존중감	<ul style="list-style-type: none"> • Rosenberg 척도(10문항) • 총점이 높을수록 자아존중감 높음 	4
가족자원	긍정적 양육방식	<ul style="list-style-type: none"> • 허묘연(2000)이 개발한 부모양육 행동 척도 • 감독, 애정, 합리적 설명 (각 3문항씩 총 9문항) • 총점이 높을수록 긍정적 양육방식 	4
지역사회자원	또래애착	<ul style="list-style-type: none"> • IPPA(1987)을 재구성 • 의사소통, 신뢰, 소외 (각 3문항씩 총 9문항) • 의사소통과 신뢰는 높을수록, 소외는 낮을수록 또래애착이 높음 	4
	교사관계	<ul style="list-style-type: none"> • 학교생활적응척도(1991) 수정 · 보완(6문항) • 총점이 높을수록 교사관계도 높음 	4

2. 종속변수 정의와 측정

종속변수인 탄력성은 Block과 Kremen(1996)의 자아탄력성 척도를 수정·보완 하였다(유성경 & 심혜원, 2002). 14문항을 모두 역코딩하여 원래 설문지의 점수 산출과 같도록 했다. 점수의 기준은 0-10점은 탄력성이 매우 낮음, 11-22점은 탄력성이 낮음, 23-34점은 탄력성이 보통임, 35-46점은 탄력성이 높음, 47-56점은 탄력성이 매우 높음으로 본다(Block & Kremen, 1996).

정규성 검토 시 왜도는 절대값 3, 첨도는 절대값 10을 초과하면 극단적으로 판단한다(Kline, 2015). 본 연구의 종속변수는 정규분포의 가정을 충족함을 확인하였다. 종속변수는 지표에 대한 측정방법은 <표 3>, 분포는 <그림 5>와 <표 4>에 표시하였다.

표 3. 종속변수

	지표	측정방법	척도
종속변수	탄력성	•Block과 Kremen(1996)이 고안한 척도(14문항)	4
		•총점이 높을수록 탄력성 높음	

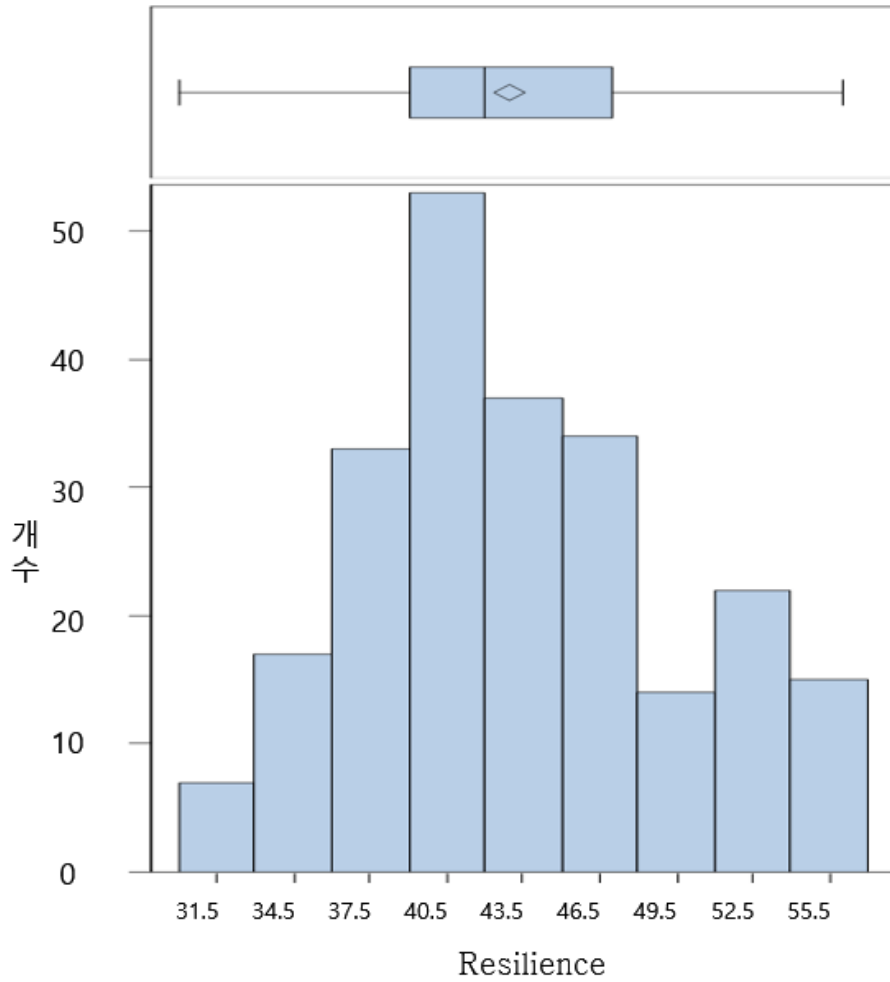


그림 5. 탄력성의 분포a

표 4. 탄력성의 분포b

구분	최소	최대	평균	표준편차	왜도	첨도
탄력성	29	56	42.72	6.29	0.32	-0.52

3. 통제변수 정의와 측정

(1) 인구사회학적 요인

성별은 ‘남학생’ 1, ‘여학생’ 0으로 재코딩하였다. 아동청소년이 빈곤 가정이면 가족구조가 조손가정과 한부모 가정인 경우가 많고, 아동청소년에게 사회정서적, 학업적, 신체발달에 광범위하게 영향을 미친다(김수정, 2008). 또한 탄력성을 증진시키는 수입, 교육수준, 사회정책 요인이 부족하면 가족에게 필요한 변화를 이행하기 힘들다. 장기간 추적결과 엄마의 고용상태와 교육정도는 자식의 높은 취직율과 고소득, 낮은 범죄율과 조산율과 양의 관계로 나타났다(Patterson, 2002). 이에 소득과 빈곤을 나타낼 수 있는 지표로 본 패널의 변수들로 ‘균등화 가처분소득’을 나타내었다. 균등화 가처분 소득은 패널에 연소득⁸과 가구원수⁹를 이용하여 제공근 방식의 균등화 지수¹⁰를 산출하였다. 보호자 학력은 ‘대졸이상’ 1, ‘대졸미만’ 0으로 재코딩하였다.

⁸ 만성질환이 있는 경우만 분류한 자료에서 연간소득 1억원이 넘는 경우는 2개로 전체대비 이상치(outlier)이었으므로 분석에서 제외하였다.

⁹ 가구원수에서 성인 인원수는 ‘가족구성’변수에서 자녀를 제외한 (한)부모, (한)조부모 항목과 ‘부모구성’변수에서 산출하였고, 자녀 인원수는 ‘형제자매유무’변수와 ‘형제자매수’변수에서 산출하였다.

¹⁰ 아동청소년 만성질환자 가구의 소득기준을 비교할 경우 가구원수를 하나의 되고 있다. 균등한 지표로 전환할 필요가 있다. 현재 균등화 지수에는 빈곤층 규모 추계에 활용하는 월소득과 가구원수의 제공근을 곱한 방법을 사용하였다(김태완 et al., 2013; 정은희 & 이주미, 2015).

(2) 사회생활요인

한국에서 아동청소년은 치열한 입시경쟁으로 학업 스트레스 수치가 OECD 국가 30개국 중 1위¹¹로 매우 높음을 알 수 있다(김미숙, 2015). 2014년 한국 아동청소년 인권실태조사에 따르면 스트레스 인지율은 ‘학업문제(학업 부담, 성적 등)’가 67.2%로 가장 높았다. 전체 학생 중에서 ‘최근 1년간 죽고 싶다’¹²는 학생은 30%였고, 그 중에서 학교성적 42.7%, 가족 간의 갈등 24.4%순으로 스트레스 인지율이 높았다(김경준, 2015). 이처럼 한국의 아동청소년에게 학업 스트레스는 중요한 요인이고, 이를 연구에 반영하였다.

김선숙(2007)에서 아동청소년의 학업성취는 인지발달 측정 시 사용되며 현재 발달수준과 향후 수준까지도 예상할 수 있는 지표로서 자기보고식으로 성취도·전과목 평균점수·성적 석차를 통해 본다. 본 연구에는 자기보고식 성취도는 전과목 주관적평가 만족도로 보았다. 학업성취에 영향을 미치는 것 중 개인 특성으로는 학습활동을 볼 수 있다(김선숙 & 고미선, 2007). 본 패널에서는 학업성취는 전과목 주관적평가 만족도, 전과목 점수평균, 전체 체험활동만족도를 통하여 산출하였다.

¹¹ OECD 30개국 평균은 33.3%이지만, 한국은 50.5%로 나타났다.

¹² ‘최근 1년간 죽고 싶다’는 생각을 해 본 적이 있는지를 조사한 결과, ‘생각해 본 적이 없다’가 70.0%, ‘가끔 생각한다’가 26.6%, ‘자주 생각한다’가 3.4%로 전체 응답자의 30.0%가 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 것으로 나타났다.

전과목 주관적 평가 만족도는 11가지 과목¹³에 대한 5점 Likert 척도를 역코딩 후 평균으로 산출하였다. 전과목 점수 평균은 11가지 과목마다 점수화¹⁴된 것을 역코딩 후 평균점수로 산출하였다. 전체 체험활동 만족도는 아동청소년의 학교와 가정을 제외한 요인이다. 4점 Likert 척도로 체험활동에 대한 만족도와 동아리활동 만족도 중 역코딩 후 큰 점수로 산출하였다. 전체 체험활동¹⁵ 만족도는 9가지 항목 중 최대값으로 동아리활동 만족도는 교내외 동아리 활동 중 최대값으로 산출하였다. 최대값으로 산출한 이유는 개인마다 분야에 대한 선호도가 다르기 때문에 그 요인에 대한 선호도를 보기 위해서는 평균보다 최대값으로 보았다.

비행행동은 탄력성에 위험요인임과 동시에 초등학교와 중학교로 옮기는 아동청소년기에게 특히나 취약한 시기(Newman, 2002)이다. 비행행동 유무는 1년 동안 14가지 비행행동¹⁶ 경험을 응답하는 항목에서 하나라도 했으면 1, 그 외에는 0으로 분류하였다.

¹³ 과목별 주관적 평가에 해당하는 과목은 국어, 수학, 영어, 과학, 사회, 도덕, 가정/기술, 음악, 미술, 체육이다.

¹⁴ 96점 이상(8점), 95-90점(7점), 89-85점(6점), 84-80점(5점), 79-75점(4점), 74-70점(3점), 69-65점(2점), 64점 이하(1점)

¹⁵ 체험활동 만족도에 해당하는 항목은 건강/보건, 과학/정보, 교류, 모험/개척, 문화/예술, 봉사, 직업체험, 환경보존, 자기(인성)개발 활동이다.

¹⁶ 비행행동에는 담배, 술, 무단결석, 가출, 다른 사람 조롱하기, 집단 따돌림 시키기, 패싸움, 다른 사람을 심하게 때리기, 협박하기, 돈과 물건을 뺏기, 돈과 물건 훔치기, 성관계, 성폭행이나 성희롱, 돈을 걸고 도박게임이 있다.

(3) 건강요인

만성질환 개수는 만성질환 종류에 대한 천식, 비염, 아토피 피부염, 비만, 심장질환, 당뇨병, 기타 총 7가지 응답을 합한 변수이다. 건강상태 평가는 단일문항 4점 Likert 척도로 역코딩 후 산출하였다.

통제변수의 구체적인 측정 방법을 <표 5>에 정리하였다.

표 5. 통제변수

통제변수	변수	측정방법
인구 사회학적 요인	성별	남성(1), 여성(0)
	균등화 가처분 소득	가구균등화지수 = 연소득 $\times \sqrt{\text{가구원수}}$
	보호자 학력	대졸이상(1), 대졸미만(0)
	전과목 주관적 평가 만족도	매우 잘 했다(5), 잘한 편이다(4), 보통이다(3), 못한 편이다(2), 매우 못했다(1)
사회 생활 요인	전과목 점수 평균	11 과목별 점수화에 대한 평균
	전체 체험활동 만족도	매우 그렇다(4), 그런 편이다(3), 그렇지 않은 편이다(2), 전혀 그렇지 않다(1)
	비행행동 유무	비행행동 유(1), 무(0)
	만성질환 수	만성질환 7가지 종류 문항에 응답한 개수(중복 체크 가능)
건강 요인	건강상태평가	매우 건강하다(4), 건강한 편이다(3), 건강하지 못한 편이다(2), 매우 건강하지 못한 편이다(1)

제 3 절 분석방법

아동청소년의 일반적 특성, 자산과 자원(자아존중감, 부모의 긍정적 양육방식, 또래애착, 교사관계)을 파악하기 위해 기술통계를 분석하였다. 일반적 특성에 따른 탄력성을 보기 위하여 t-test와 ANOVA를 실시하고, Scheffe($\alpha=0.1$)의 사후검증을 실시하였다. 독립변수 간의 다중공산성을 확인하기 위해 단순상관분석을 하였으며, 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향을 살펴보기 위해 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 통계 패키지는 SAS 9.4를 사용하였다.

제 4 절 연구의 모형

아동청소년 만성질환자 탄력성에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 선행연구를 바탕으로 한 전체 모형에서 본 패넬을 이용할 수 있는 변수는 어두운 영역으로 표시한 <그림 6>과 같고, 본 연구의 모형은 <그림 7>와 같다. 선행연구에 따라 아동청소년 만성질환자의 내적 자산에 속하는 자아존중감, 가족자원에 속하는 부모의 긍정적 양육방식, 지역사회자원인 또래애착과 교사관계로 선정하고 탄력성과 미치는 영향을 알아보고자 한다.

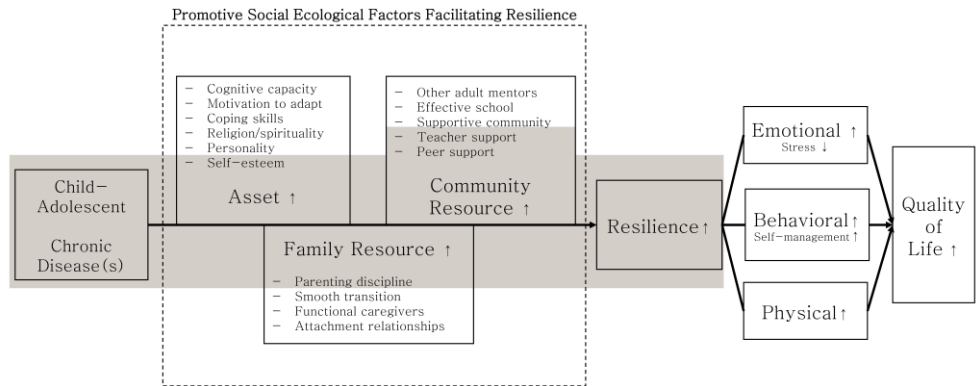
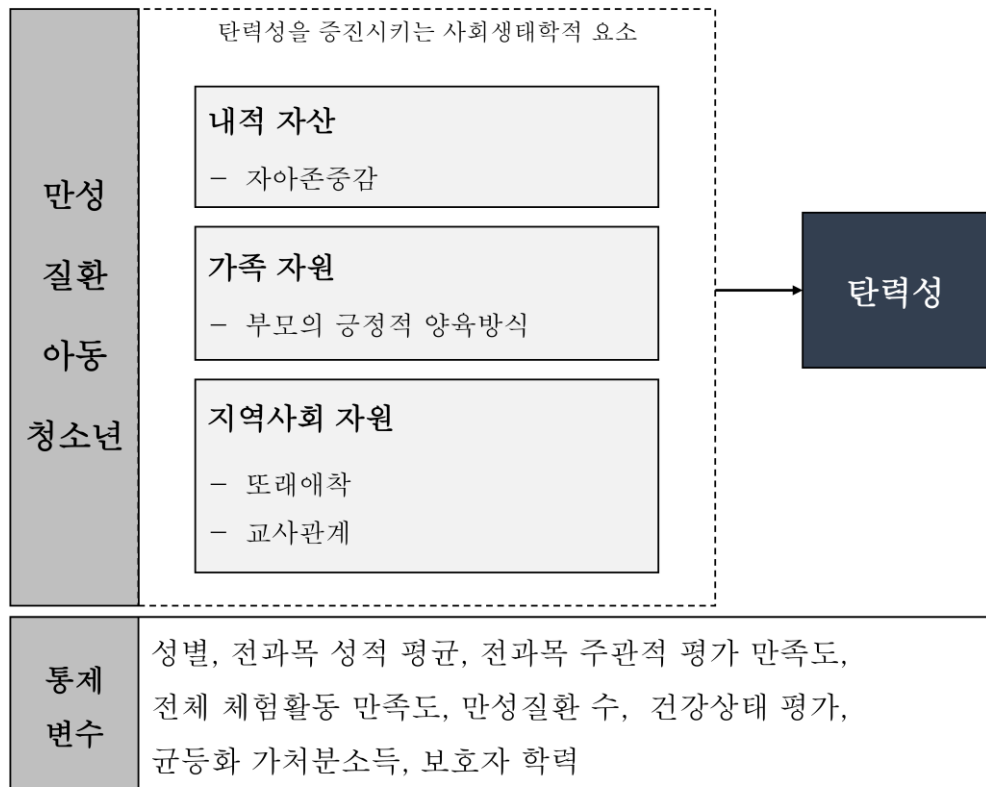


그림 6. 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인 b



만성질환종류*: 천식, 비염, 아토피 피부염, 비만, 심장질환, 당뇨병, 기타

그림 7. 연구모형

제 4 장 연구결과

제 1 절 아동청소년의 일반적 특성, 자산·자원특성

본 연구의 대상인 아동청소년 273명에 대한 범주형 변수의 일반적 특성은 <표 6>와 같다. 성별을 보면, 아동청소년 만성질환자 중에서 남성 62.64%(n=171)이고, 여성 37.36%(n=102)로 남성이 더 많았다. 1인당 만성질환 수¹⁷는 1개 85.35%(n=233), 2개 13.92%(n=38), 3개 0.73%(n=2)로 1개가 과반수 이상을 차지했다. 만성질환 종류별로 살펴보면 천식 2.20%(n=6), 비염 64.10%(n=175), 아토피 25.64%(n=70), 비만 14.65%(n=40), 심장질환 0.73%(n=2), 당뇨병 0.37%(n=1), 기타 7.69%(n=21)로 기타를 제외하고는 비염, 아토피, 비만, 천식 순으로 많았다. 비행행동을 1년간 한 번이라도 한 경우는 16.85%(n=46)이었다. 보호자 학력은 대졸미만 43.22%(n=118), 대졸이상 56.78%(n=155)로 확인하였다. 위의 자료를 정리해 보면 대부분 아동청소년은 만성질환수는 1개에 비염, 아토피, 비만을 가지고 있고, 비행행동을 하지 않는다. 보호자 학력은 대졸이상과 대졸미만이 다른 항목에 비해 차이나지 않는다.

¹⁷ 만성질환 종류는 중복으로 선택할 수 있다.

표 6. 아동청소년 만성질환자의 일반적 특성

구분	특성	빈도(명)	백분율(%)
성별	남성	171	62.64
	여성	102	37.36
전과목 평균		273	100
전과목 주관적평가 만족도		273	100
전체 체험활동 만족도		273	100
만성질환 수	1개	233	85.35
	2개	38	13.92
	3개	2	0.73
만성질환 종류			
천식	유	6	2.20
	무	267	97.80
비염	유	175	64.10
	무	98	35.90
아토피	유	70	25.64
	무	203	74.36
비만	유	40	14.65
	무	233	85.35
심장질환	유	2	0.73
	무	271	88.27
당뇨병	유	1	0.37
	무	272	99.63
기타	유	21	7.69
	무	252	92.31
건강상태 평가		232	100
비행행동 유무	유	46	16.85
	무	227	83.15
균등화 가처분 소득		273	100
보호자 학력	대졸 미만	118	43.22
	대졸 이상	155	56.78

제 2 절 아동청소년의 탄력성

본 연구의 대상인 아동청소년 273명에 대한 연속형 변수의 일반적 특성은 <표 7>와 같다. 전과목 점수 평균 최대 8점, 평균 4.64점으로 100점 만점으로 환산하면 약 78점이다. 전과목 주관적평가 만족도는 최대 5점, 평균 3.31점, 전체 체험활동 만족도는 최대 5점, 평균 3.53점이다. 건강상태 평가는 최대 4점, 평균 3.16로 자신의 건강상태를 보통 수준 이상으로 지각하고 있는 것으로 나타났다. 균등화 가처분소득은 최대 연 약 6,000만원으로 평균은 연 약 2,338만원이었다. 2010년 한국의 가구균등화 소득수준을 보면 저소득계층 596,145원, 하위중산층 1,378,323원, 상위중산층 2,178,086원, 하위고소득 3,071,344원, 중위고소득 4,249,721원, 상위고소득 6,354,765원이었다(원종욱, 고제이, & 김선희, 2013). 본 연구 대상자들은 상위중산층 수준의 소득을 얻는 것을 알 수 있다.

자아존중감은 최대 30점으로 평균은 20.98점, 긍정적 양육방식은 최대 13.33점으로 평균 10.71점, 또래애착은 최대 36점이고 평균 28.13점, 교사관계는 최대 20점으로 평균 15.14점이 나왔다. 왜도와 첨도를 통해 본 연구의 독립변수는 정규분포의 가정을 충족함을 확인하였다.

표 7. 일반적특성, 내적자산, 가족자원, 지역사회자원에 따른 탄력성(n=273)

구분		최대	최소	평균	표준편차	왜도	첨도	t/F
일반적 특성	성별							1.86 **
	전과목 점수 평균	8.00	1.00	4.64	1.93	-0.16	-1.04	
	전과목 주관적평가 만족도	5.00	1.00	3.31	0.82	-0.22	0.11	
	전체 체험활동 만족도	5.00	1.00	3.53	0.83	-0.86	1.00	
	건강상태 평가	4.00	1.00	3.16	0.57	-0.12	0.41	
	비행행동 유무							5.32 **
	균등화 가처분 소득	6000.10	0.00	2337.68	1149.77	0.73	0.50	
보호자 학력								8.40 ***
내적자산	자아존중감	30.00	6.00	20.98	4.71	-0.24	-0.38	
가족자원	긍정적 양육방식	13.33	3.67	10.71	1.65	-0.30	0.25	
지역사회자원	또래애착	36.00	9.00	28.13	4.46	-0.22	0.64	
	교사관계	20.00	7.00	15.14	3.18	-0.15	-0.62	

*p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01

제 3 절 아동청소년의 탄력성에 미치는 영향

아동청소년 만성질환자에 탄력성이 미치는 영향을 알아보기 위하여 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 본 연구는 4개의 모형으로 구성하여 위계적 다중회귀분석을 실시하였다. 모형 1은 성별, 전과목 점수 평균, 전과목 주관적평가 만족도, 전체 체험활동 만족도, 만성질환수, 건강상태 평가, 비행행동 유무, 균등화 가처분 소득, 보호자 학력의 인구사회학적 요인이 탄력성에 미치는 영향을 살펴보기 위한 모형이다. 모형 2는 모형 1에서 일반적 특성을 통제한 상태에서 내적자산인 자아존중감을 추가하였다. 모형 3은 일반적 특성과 내적자산을 통제한 모형 2의 상태에서 가족자원인 긍정적 양육방식을 추가하였다. 마지막으로 모형 4는 일반적 특성, 내적자산, 가족자원을 통제한 모형 3의 상태에서 지역사회자원인 또래애착과 교사관계를 추가하여 탄력성이 미치는 영향을 살펴보았다.

위계적 다중회귀분석을 실시하기 전 독립변수 간의 다중공산성(multicollinearity)확인을 위해서 단순 상관 분석을 하였다<표 8>. 분석결과 독립변수 간의 0.522 이하의 상관계수를 보였다.

표 8. 독립변수 간의 상관관계(n=273)

변수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 전과목 점수 평균	1											
2 전과목 주관적평가 만족도	0.83758 ***	1										
3 전체 체험활동 만족도	0.04319	0.02826	1									
4 만성질환 수	-0.04101	-0.00591	-0.10576 *	1								
5 건강상태 평가	0.08953	0.13524 **	-0.08809	-0.09731	1							
6 비행행동 유무	-0.11924 **	-0.10896 *	-0.09984 *	0.05515	-0.15247 **	1						
7 균등화 가처분 소득	0.20449 ***	0.15997 ***	0.01154	0.0036	0.02478	-0.01569	1					
8 보호자 학력	0.3038 ***	0.21389 ***	-0.02597	-0.09416	0.02615	-0.01995	0.38599 ***	1				
9 자아존중감	0.32789 ***	0.42188 ***	0.10159 *	-0.07646	0.33641 ***	-0.15381 **	0.06655	0.19683 ***	1			
10 긍정적 양육방식	0.30161 ***	0.30932 ***	0.12817 **	0.07556	0.21514 ***	-0.02492	0.10633 *	0.11035 *	0.45733 ***	1		
11 또래애착	0.2611 ***	0.22952 ***	0.2336 ***	-0.08769	0.22676 ***	-0.31424 ***	0.0052	0.12058 **	0.5219 ***	0.4415 ***	1	
12 교사관계	0.18141 ***	0.22223 ***	0.11901 **	0.13076 **	0.13917 **	0.07938	0.07013	0.08013	0.44096 ***	0.49299 ***	0.29491 ***	1

*p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01

아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향에 대한 다중회귀분석의 결과는 <표 9>과 같다. 모형 1에서는 아동청소년 전과목 점수평균($\beta = -0.59$, $p < 0.1$), 전과목 주관적평가 만족도($\beta = 2.46$, $p < 0.01$), 전체 체험활동 만족도($\beta = 0.78$, $p < 0.1$), 건강상태 평가($\beta = 2.93$, $p < 0.01$), 보호자 학력($\beta = 2.67$, $p < 0.01$)이 탄력성에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 전과목 점수평균이 낮을수록, 전과목 주관적 평가 만족도, 전체 체험활동 만족도, 건강상태 평가, 보호자 학력이 높을수록, 탄력성이 높은 것을 알 수 있다. 모형 1의 적합도는 통계적으로 유의($F = 7.12$, $p < 0.01$)하며, 설명력은 19.59%이다.

모형2에서는 모형1의 아동청소년의 일반적 특성과 내적자산인 자아존중감을 함께 투입하였다. 분석 결과, 만성질환 수($\beta = 1.61$, $p < 0.1$), 건강상태 평가($\beta = 1.43$, $p < 0.05$), 보호자 학력($\beta = 1.71$, $p < 0.05$), 자아존중감($\beta = 0.66$, $p < 0.01$)이 탄력성에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 아동청소년의 일반적 특성을 통제했을 경우, 자아존중감의 증가가 탄력성 증가에 미치는 직접적인 영향을 확인할 수 있었다. 모형2의 적합도는 통계적으로 유의하였으며($F = 15.14$, $p < 0.01$) 아동청소년의 일반적 특성과 자아존중감의 설명력은 36.63%로 모형 1에 비해 증가하였다.

모형 3에서는 아동청소년의 일반적 특성, 내적자산, 가족자원인

긍정적 양육방식을 투입하였다. 분석결과 일반적 특성에서 전과목 점수 평균($\beta = -0.64$, $p < 0.05$), 건강상태평가($\beta = 1.08$, $p < 0.05$), 보호자 학력($\beta = 1.76$, $p < 0.01$)이 탄력성에 유의한 영향을 미치고, 자아존중감($\beta = 0.50$, $p < 0.01$)과 긍정적 양육방식($\beta = 1.20$, $p < 0.01$)도 탄력성에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 일반적 특성을 통제하였을 경우, 자아존중감이 높고 긍정적 양육방식일수록 탄력성이 증가함을 알 수 있다. 모형3의 적합도는 통계적으로 유의하였으며($F = 18.45$, $p < 0.01$) 아동청소년의 일반적 특성, 자아존중감, 긍정적 양육방식 설명력은 43.74%로 모형 2에 비해 증가하였다.

모형 4에서는 아동청소년의 일반적 특성, 내적자산, 가족자원인 긍정적 양육방식, 지역사회 자원인 또래애착과 교사관계를 투입하였다. 분석결과 일반적 특성에서 전과목 점수 평균($\beta = -0.77$, $p < 0.01$), 전과목 주관적평가 만족도($\beta = 1.24$, $p < 0.05$), 건강상태평가($\beta = 1.00$, $p < 0.05$), 보호자 학력($\beta = 1.71$, $p < 0.01$)이 탄력성에 유의한 영향을 미친다. 자산과 자원 변수인 자아존중감($\beta = 0.33$, $p < 0.01$)과 긍정적 양육방식($\beta = 0.79$, $p < 0.01$), 또래애착($\beta = 0.31$, $p < 0.01$), 교사관계($\beta = 0.31$, $p < 0.01$)도 탄력성에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 일반적 특성을 통제하였을 경우, 자아존중감이 높고 긍정적 양육방식일수록, 또래애착과 교사관계가 좋을수록 탄력성이 증가함을 알 수 있다. 모형4의 적합도는

통계적으로 유의하였으며($F=18.59$, $p<0.01$) 아동청소년의 일반적 특성, 자아존중감, 긍정적 양육방식, 또래 관계, 교사관계의 설명력은 48.27%로 모형 3에 비해 증가하였다.

표 9. 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향(n=273)

독립변수		Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
		β	t	β	t	β	t	β	t
(상수)		22.87188	6.97 ***	20.1924	6.87 ***	14.45014	4.9 ***	10.11031	3.33 ***
일반적특성	성별	0.86339	1.17	0.48605	0.74	0.003	0	0.03073	0.05
	전과목 점수 평균	-0.59067	-1.72 *	-0.40556	-1.32	-0.63604	-2.18 **	-0.76624	-2.7 ***
	전과목 주관적평가 만족도	2.4585	3.08 ***	0.79213	1.08	0.93573	1.34	1.24007	1.84 **
	전체 체험활동 만족도	0.77608	1.81 *	0.34443	0.9	0.07418	0.2	-0.23988	-0.67
	만성질환 수	1.44115	1.55	1.61233	1.95 *	0.93813	1.19	0.74227	0.96
	건강상태 평가	2.9257	4.64 ***	1.42574	2.42 **	1.08405	1.94 **	0.99797	1.85 **
	비행행동 유무	-2.07964	-1.41	-1.29461	-0.99	-1.90344	-1.53	-1.17303	-0.93
	균등화 가처분 소득	-0.00047422	-1.43	-0.0003309	-1.12	-0.00039689	-1.42	-0.00033029	-1.22
	보호자 학력	2.66852	3.36 ***	1.70907	2.39 **	1.76215	2.61 ***	1.70899	2.63 ***
내적자산	자아존중감			0.65738	8.39 ***	0.50136	6.37 ***	0.33195	3.96 ***
가족자원	긍정적 양육방식					1.20348	5.74 ***	0.78873	3.58 ***
지역사회자원	또래애착							0.3052	3.65 ***
	교사관계							0.31479	2.88 ***
F			7.12 ***		15.14 ***		18.45 ***		18.59 ***
R ²			0.1959		0.3663		0.4374		0.4827
adjusted R ²			0.1684		0.3421		0.4137		0.4567

*p-value<0.1; **p-value<0.05; ***p-value<0.01

제 5 장 논 의

제 1 절 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 미치는 영향에 대하여 분석하였고, 아동과 청소년의 중간시기라 할 수 있는 중학교 1학년 대상으로 하였고 2014년도 ‘한국아동·청소년패널조사(Korean Children & Youth Panel Survey; 이하 “KCYPs”)’ 제4차 초4패널을 활용하여 분석하였다. 논문에서 사용한 점수는 패널자료에서 측정한 점수에서 질문지와 설문도구에 따라 역코딩하여 산출한 경우도 있다.

탄력성에 영향을 미치는 요인을 다차원적으로 보기 위해서 선행연구에 따라 내적자산, 가족자원, 지역사회자원의 세 가지로 나누었다. 자산과 자원을 나타내는 지표는 다양하지만, 본 자료에서 쓸 수 있는 자아존중감, 긍정적 양육방식, 또래애착, 교사관계로 구성하였다. 탄력성은 Block과 Kremen(1996)이 고안한 14문항 척도로 총점으로 산출하였다. 자아존중감 척도는 패널에서는 1~4점으로 구성되어 있었으나 원래 도구인 Rosenberg 10문항에 맞게 구성하였다. 가족자원은 양육방식마다 고유한 특성과 영향이 있으므로, 이 점을 고려하여 양육방식 중 긍정적 양육방식을 구하였다. 또래애착은 IPPA 척도를 재구성한 것으로 의사소통, 신뢰, 소외 3가지로 구성되어있다. 교사관계는 패널에서 기존의

학교생활적응척도의 문항을 수정·보완하였다. 위의 소개한 변수들은 점수가 높을수록 해당 변수가 높은 것을 의미한다.

아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 요인을 보기 위해 기존의 선행연구에서 아동청소년 만성질환자에 영향을 주는 학업성취(전과목 점수 평균, 전과목 주관적 평가 만족도, 전체 체험활동 만족도), 건강정도(만성질환 수, 건강상태 평가), 비행행동유무, 소득수준(균등화 가처분 소득), 보호자 학력을 통제하고, 내적자산(자아존중감), 가족자원(긍정적 양육방식), 지역사회 자원(또래애착, 교사관계)에 대해 각각의 다중회귀 분석을 실시하였다.

제 2 절 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 아동청소년 만성질환자의 탄력성에 영향을 미치는 일반적 변수를 통제하여도 자아존중감, 부모의 긍정적 양육방식, 또래애착, 교사관계에 직접적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉, 아동청소년 만성질환자의 탄력성은 내적자산과 외적자원에 해당하는 다양한 영역에서 영향을 받는다는 것을 의미한다. 구체적인 결과로 자아존중감이 높고, 긍정적 양육을 받고, 또래애착과 교사관계가 좋을수록 탄력성이 높은 것으로 나타났다.

이러한 결과는 아동청소년 만성질환자들에게 탄력성을 높이기 위해서는 아동청소년 본인 뿐만이 아니라 부모, 친구, 선생님도 같이 참여할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 그러나 현재 한국에서 시행되고 있는 만성질환관리는 뇌심혈관질환과 만 30세 이상만 관리하고 있다. 비록 아토피·천식 안심학교를 2010년에 도입을 해서 예방관리 사업을 보건소지원·정보센터지원·질병관리본부 지원 서비스(질병관리본부, 2010)을 하고 있지만 정보제공과 교육상담, 홍보에만 집중되어 있다. 만성질환자 외에도 주변에 있는 가족·선생님·친구가 질환 증상에 대해 인지하고 대응할 수 있도록 다 같이 교육을 받고 실습을 하는 실질적으로

해보는 방안이 마련되어야 한다.

덧붙여서 아동청소년은 현행 법령에서 다양한 명칭과 연령의 범위를 가지고 있어서(김혜련, 조정환, 김소운, & 강영호, 2014) 법률상 아동청소년 연령의 최대와 최소는 0-24세로 넓은 연령층이다<표 10>. 따라서, 영유아 시설과 대학교까지 만성질환에 대한 교육을 적극적으로 확대하여 시행할 필요가 있다.

표 10. 아동청소년관련 법률상 연령 범위

법률	연령 범위
민법	미성년자 18세 이하
영유아보육법	영유아 6세 미만
아동복지법	아동 18세 미만
청소년 기본법	청소년 9세이상 24세 이하
청소년보호법	청소년 만 19세 미만
소년법	소년 19세 미만
실종아동 보호 및 지원법	아동 14세 미만

아동이 앓고 있는 주요 만성적인 알레르기성 질환은 연령에 따라 다른 경향이 있다. 0-2세는 만성기관지염, 3-5세는 천식·만성중이염, 6-

8세는 암·폐결핵·만성중이염, 9-11세는 천식, 12-17세는 천식 우울장애 등의 질병이 있는 것으로 나타났다(김미숙 et al., 2013). 나이에 따라 많이 발생하는 질환과 특징이 있기 때문에 교육을 지속적으로 꾸준히 해야 한다. 아동청소년기에 만성질환에 대한 관리는 전생애주기적 관점에서 보았을 때 건강결과와 의료비지출에 중요한 영향을 미치므로 본인이 지속적인 관리와 노력(Proimos & Klein, 2012)을 하고 사회가 적극적으로 참여하는 할 수 있는 분위기를 만드는 것이 필요하다.

호주의 경우 1993년 아동청소년 만성질환자의 탄력성을 키우기 위해서 Chronic Illness Peer Support(이하 ChIPS)¹⁸ 프로그램을 운영하고 있다. 아동청소년을 대상으로 한 프로그램은 2일에서 8주동안 가정, 친구 학교, 질병에 대해 관심있는 주제와 다음 프로그램 시간에 다루고 싶은 내용에 대해 진행한다. 부모들을 대상으로 한 경우 탄력성을 증진시키는 내용이 있는 책자를 만들어서 전화로 진행하거나 부모들끼리 직접 만나면서 프로그램을 진행한다. 실제 부모에게 책자를 주고 정해진 기간¹⁹ 동안 실험군과 대조군의 후속관찰을 하였다. 심리적 웰빙, 가족과 아동청소년의 탄력성을 비교한 결과 실험군에서 웰빙과 탄력성이 증가함을 알 수 있다(Hamall, Heard, Inder, McGill, & Kay-Lambkin, 2014). 이는 전문가의 정보제공을 통해서 꾸준히 교육받고 실제로 만나서

¹⁸ http://www.rch.org.au/cah/research/Chronic_Illness_and_Resilience/

¹⁹ 처음에는 3주, 그 후에는 6주씩 2번한다.

의견을 나누는 것이 중요하다는 것을 알 수 있다. 한국도 인터넷의 발달로 아동청소년 만성질환자 부모들의 온라인 모임이 있지만, 현재 있는 단체나 기관에서 운영하고 있는 프로그램에 전문가가 없는 경우가 있다. 전문가가 없는 경우, 전문가를 일년에 2~3회에 걸쳐서 아동청소년 만성질환자와 가족이 교육을 받고 이에 대한 피드백을 받을 수 있도록 하는 운영을 하는 방안도 생각해 볼 수 있다.

제 3 절 연구의 제한점

본 연구의 제한점을 살펴보고 후속연구를 위한 제언을 한다. 아동청소년 만성질환자에 영향을 미치는 요인을 횡단연구로 탄력성이 지속적으로 어떤 요인에 영향을 미치는지를 보아야 할 필요가 있다. 덧붙여 아동청소년 만성질환자에게 자산과 자원을 나타내는 지표들을 자료에서 수집할 수 있는 지표들만 진행했다는 제한점이 있다.

제 4 절 결론

본 연구를 통해 연구 가설이었던 (1)내적자원이 높을수록 탄력성이 높고, (2)가족자원이 높을수록 탄력성이 높으며 (3)지역사회자원이 높을수록 탄력성이 높을 것이라는 가설이 본 연구에서 입증하였다. 연구결과를 토대로 아동청소년 만성질환자의 탄력성을 높이기 위한 정책을 제언하면 다음과 같다.

만성질환자에게 탄력성이 중요한 이유는 만성질환은 장기간 지속되기 때문이다. 자연재해나 테러, 사고와 같은 단기간의 상황이 지난 후 탄력성이 높은지에 따라 회복이 달라지는 것을 보는 측면도 있지만, 장기간 본인이 질병에 대해 어떻게 생각하고 꾸준히 관리하는 것은 매우 중요하다. 성인기와 노년기를 대비하는 아동청소년기의 관리는 더욱 중요하다. 이 시기에 높은 탄력성을 가질 수 있도록 가족, 학교, 사회적으로 다차원적인 접근할 수 있도록 노력해야 한다.

참고문헌

- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. doi:10.1007/BF02202939
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know. *Journal of child and family studies*, 14(2), 269-281. doi:10.1007/s10826-005-5054-4
- Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 32(1), 19-31. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00591.x
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental Authority. *Developmental psychology*, 4(1), 1-103. doi:10.1037/h0030372
- Bellin, M. H., & Kovacs, P. J. (2006). Fostering Resilience in Siblings of Youths with a Chronic Health Condition: A Review of the Literature. *Health & Social Work*, 31(3), 209-216. doi:10.1093/hsw/31.3.209
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Peters, K. (2010). How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions

- within a homogeneous sample. *German journal of psychiatry*, 13(1), 9–16.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Conceptual and Empirical Connections and Separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349–361. doi:10.1037/0022-3514.70.2.349
- Bornstein, M. H. (2002). *Handbook of Parenting: Volume 1 Children and parenting*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cal, S. F., Sá, L. R. d., Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. *Cogent Psychology*, 2(1), 1–9. doi:10.1080/23311908.2015.1024928
- Carlson, J. E. (2011). *The Parent Effect: How Parenting Style Affects Adolescent Behavior and Personality Development*. NASW Press.
- Chamlin, S. L., & Chren, M.-M. (2010). Quality-of-life Outcomes and Measurement in Childhood Atopic Dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 30(3), 281–288. doi:10.1016/j.iac.2010.05.004
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-Management of Chronic Disease by Older Adults: A Review and Questions for Research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3–27.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108

- DeMichelis, C., & Ferrari, M. (2016). *Child and Adolescent Resilience Within Medical Contexts: Integrating Research and Practice*: Springer.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363. doi:10.1023/A:1021637011732
- Edward, K.-L. (2013). Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, 22(13), 741–746. doi:10.12968/bjon.2013.22.13.741
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300–319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and emotion*, 24(4), 237–258.
- Gannoni, A. F., & Shute, R. H. (2010). Parental and child perspectives on adaptation to childhood chronic illness: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 39–53.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child development*, 55(1), 97–111. doi:10.2307/1129837

- Gecas, V., & Schwalbe, M. L. (1983). Beyond the looking-glass self: Social structure and efficacy-based self-esteem. *Social psychology quarterly*, 46(2), 77-88.
- Haase, E. J., Kintner, K. E., Monahan, O. P., & Robb, L. S. (2014). The Resilience in Illness Model, Part 1: Exploratory Evaluation in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Cancer Nursing*, 37(3), E1-E12. doi:10.1097/NCC.0b013e31828941bb
- Haase, J. E., Kintner, E. K., Robb, S. L., Stump, T. E., Monahan, P. O., Phillips, C., . . . Burns, D. S. (2016). The Resilience in Illness Model Part 2: Confirmatory Evaluation in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Cancer Nursing*, POST AUTHOR CORRECTIONS, 1-10. doi:10.1097/NCC.0000000000000450
- Hamall, K. M., Heard, T. R., Inder, K. J., McGill, K. M., & Kay-Lambkin, F. (2014). The Child Illness and Resilience Program (CHiRP): a study protocol of a stepped care intervention to improve the resilience and wellbeing of families living with childhood chronic illness. *BMC psychology*, 2(5), 1-10. doi:10.1186/2050-7283-2-5
- Hanson, M. A., & Gluckman, P. D. (2014). Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiological reviews*, 94(4), 1027-1076. doi:10.1152/physrev.00029.2013
- Harter, S. (1990). Processes underlying adolescent self-concept formation. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: a transitional period?* (pp. 205-239). Newbury Park, CA:Sage.

- Henry, H. K. M., & Schor, E. L. (2015). Supporting self-management of chronic health problems. *Pediatrics*, *135*(5), 789–792.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1996). The Protective Role of Coping and Social Resources for Depressive Symptoms among Young Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *25*(6), 733–753. doi:10.1007/BF01537451
- Jang, H. S. (2001). Social-emotional development: Resilience as a factor interrupting psychological disorders. *The Korean Journal of Development Psychology*, *14*(1), 113–127.
- Juster, R.-P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*(1), 2–16. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.10.002
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Kopko, K. (2007). *Parenting styles and adolescents*. Retrieved from Cornell Cooperative Extension:
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic medicine*, *63*(6), 910–916.
- Lansing, A. H., & Berg, C. A. (2014). Topical review: Adolescent self-regulation as a foundation for chronic illness self-management. *Journal of pediatric psychology*, *39*(10), 1091–1096.

- Lawn, S., & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches. *Patient education and counseling*, 80(2), 205-211.
- Li, X., Chi, P., Sherr, L., Cluver, L., & Stanton, B. (2015). Psychological resilience among children affected by parental HIV/AIDS: a conceptual framework. *Health psychology and behavioral medicine*, 3(1), 217-235. doi:10.1080/21642850.2015.1068698
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Develop. Psychopathol.*, 12(4), 857-885. doi:10.1017/S0954579400004156
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Marin, T. J., Chen, E., Munch, J. A., & Miller, G. E. (2009). Double-exposure to acute stress and chronic family stress is associated with immune changes in children with asthma. *Psychosomatic medicine*, 71(4), 378-384. doi:10.1097/PSY.0b013e318199dbc3
- Masten, A., & Obradovic, J. (2008). Disaster Preparation and Recovery: Lessons from Research on Resilience in Human Development. *Ecology and Society*, 13(1), 9. doi:10.5751/ES-02282-130109
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506. doi:10.1017/S0954579411000198

- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. doi:10.1017/S0954579400005812
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments. *American psychologist*, 53(2), 205-220. doi:10.1037/0003-066X.53.2.205
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence*. Oxford, England: Yale U Press.
- Newman, T. (2002). *Promoting resilience: a review of effective strategies for child care services*: Centre for Evidence-Based Social Services Exeter, England.
- Patterson, J. M. (2002). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-360. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x
- Proimos, J., & Klein, J. D. (2012). Noncommunicable diseases in children and adolescents.(Report). *Pediatrics*, 130(3), 379-381. doi:10.1542/peds.2012-1475
- Romeo, R. D. (2015). Perspectives on stress resilience and adolescent neurobehavioral function. *Neurobiology of Stress*, 1(C), 128-133. doi:10.1016/j.ynstr.2014.11.001
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*: Princeton university press Princeton, NJ.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global

- Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156. doi:10.2307/2096350
- Schetter, C. D., & Dolbier, C. (2011). Resilience in the Context of Chronic Stress and Health in Adults. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(9), 634-652. doi:10.1111/j.1751-9004.2011.00379.x
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.
- Sturgeon, J., & Zautra, A. (2010). Resilience: A New Paradigm for Adaptation to Chronic Pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(2), 105-112. doi:10.1007/s11916-010-0095-9
- The NCD Alliance. (2011). *A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)*. The NCD Alliance.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of personality*, 72(6), 1161-1190.
- United Nations. (2011). *Political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*.
- Van Cleave, J., Gortmaker, S. L., & Perrin, J. M. (2010). Dynamics of Obesity and Chronic Health Conditions Among Children and Youth. 303(7). doi:10.1001/jama.2010.104

- World Health Organization. (1948). *Constitution of the world health organization*.
- World Health Organization. (2001). *Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research: summary report of a meeting of experts*.
- World Health Organization (Ed.) (2005). *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*. World Health Organization.
- Zautra, A. J., Arewasikporn, A., & Davis, M. C. (2010). Resilience: Promoting Well-Being Through Recovery, Sustainability, and Growth. *Research in Human Development*, 7(3), 221-238.
doi:10.1080/15427609.2010.504431
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2295-2303.
doi:10.1016/j.childyouth.2012.08.009
- Zylke, J. W., & Deangelis, C. D. (2007). Pediatric chronic diseases--stealing childhood. *JAMA*, 297(24), 2765-2770.
- 권세원, 이해현, & 송인한. (2012). 청소년 행복감에 관한 연구:청소년탄력성모델 (Adolescent Resilience Model)의 적용. *한국청소년연구*, 23(2), 39-72.
- 김경준. (2015). *한국 아동·청소년 인권실태조사 연구V*. 한국청소년정책연구원.
- 김미숙. (2015). *한국아동의 주관적 웰빙수준과 정책과제*. (1226-3648). 한국보건사회연구원.
- 김미숙, 전진아, 하태정, 김효진, 오미애, 정은희, . . . 김석숙. (2013). *아동종합실태조사*. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김선숙, & 고미선. (2007). 청소년의 학업성취 변화에 영향을 주는 요인: 잠재성장

- 모형을 적용하여. *한국청소년연구*, 18(3), 5-29.
- 김수정. (2008). 빈곤가정 아동, 청소년의 자아탄력성 및 사회적 지지가 임파워먼트에 미치는 영향: 결식아동, 청소년을 중심으로. *한국아동복지학*, 25(단일호), 9-38.
- 김은경, 김홍숙, & 김순규. (2013). 청소년의 또래애착에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 (A Study of Influencing Factors on Adolescents' Peer Attachment). *청소년학연구*, 20(8), 303.
- 김태완, 최현수, 김미곤, 여유진, 김문길, 손창균, . . . 이주미. (2013). *2013년 최저생계비 계층조사 연구*. 보건복지부.
- 김혜련, 조정환, 김소운, & 강영호. (2014). *아동 및 청소년 비만 예방대책 마련 연구*. 보건복지부.
- 노보람, 박세롬, 이순형, & 박혜준. (2016). 청소년의 또래애착 발달 궤적과 예측 요인: 성별에 따른 다집단분석. *한국청소년연구*, 27(1), 149-177.
- 민병수. (1991). 학교생활적응과 자아개념이 학업성적에 미치는 영향. *홍익대학교 석사학위논문*.
- 손보영, 김수정, 박지아, & 김양희. (2012). 바람직한 부모 양육태도가 초기청소년의 삶의 만족에 미치는 영향: 학교생활 적응 및 자아탄력성의 매개효과, 성차비교. *한국청소년연구*, 23(1), 149-173.
- 원종욱, 고제이, & 김선희. (2013). 중산층 구성의 변화와 소득공제에 의한 중산층 복원 정책의 효과성 평가: 한국보건사회연구원.
- 유성경, & 심혜원. (2002). 적응 유연한 청소년들의 심리적 보호요소 탐색 (Psychological Protective Factors in Resilient Adolescents in Korea). *교육심리연구*, 16(4), 189-206.
- 이보람, 박혜준, & 이강이. (2013). 청소년의 만성질환이 또래관계에 미치는 영향:

- 자신이 평가한 건강상태와 자아탄력성의 매개효과 검증. *아동학회지*, 34(5), 127-144.
- 정득, & 이종석. (2015). 청소년 자아존중감과 환경특성이 삶의 만족도에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 15(9), 273-284.
- 정은희, & 이주미. (2015). 2015년 빈곤통계연보: 한국보건사회연구원.
- 정화실. (2009). 초등학교의 모애착과 학교생활적응이 낙관성에 미치는 영향. *단국대학교 대학원 석사논문*.
- 질병관리본부. (2010). 아토피 천식 안심학교 운영안내서.
- 최은석. (2005). 연구: 청소년의 건강관련 삶의 질 측정도구 (PedsQLTM 4.0 Generic Core Scale) 의 타당도, 신뢰도 검증. *간호학탐구*, 14(1), 166-182.
- 최진아. (2014). 부모양육태도, 또래애착 및 교사관계가 청소년의 자기조절학습에 미치는 영향 (The effects of the parenting behavior, peer attachment, teacher relationship on self-regulated Learning of adolescents). *놀이치료연구*, 18(1), 1.
- 최혜정, & 이명선. (2013). 일부 치위생과 신입생의 사회적 지지, 자아탄력성 및 대 학생 적응과의 연관성. *대한보건연구*, 39(2), 129-138.
- 탁영란, & 이은영. (2004). 애착과 자아존중감이 청소년의 건강효능감에 미치는 영향. *한국아동간호학회*, 10(1), 89-97.
- 허묘연. (2000). 청소년이 지각한 부모 양육행동 척도 개발 연구. *이화여자대학교 박사학위논문*.

Abstract

Factors Associated with Resilience of Korean Child and Adolescent with Chronic Diseases

Goeun Lee

Department of Health Policy and Management

The Graduate School

Seoul National University

Chronic diseases have a profound and constantly influence on a child and adolescent's well-being, potentially promising future. In response to theoretical and conceptual discussions regarding the development of resilience among children and adolescents by chronic diseases, I

proposed the factors associated with resilience of chronic disease among children and adolescents. Three interactive social ecological factors were to promote the resilience. Internal asset, family resources and community resources are critical contextual factors that help to understand resilience process analyzed by Hierarchical Multiple Regressions. Internal asset contains self-esteem. Family resource contains positive parenting. Community resources contain peer attachment, teacher relationship. The key findings of this paper are as follows. In order to increase healthy development and resilience, it would be necessary to provide various resources to families, schools and communities. One of the most important ways to foster resilience is to bring up healthy family and community factors that make it possible through the individual's factors to develop and operate effectively.

Keywords : Resilience, chronic disease, child, adolescent, health

Student Number : 2015-24039